RESIDENZA PER ANZIANI

Il Giardino del tempo

SCHEDA SANITARIA

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome e nome del paziente ……..

Nato/a a……. Prov…….. il……..

Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale

……

……

……

……

……

Eventuali intolleranze e allergie

……

……

Il paziente è esente da malattie contagiose e/o mentali tali da compromettere la vita in comunità.

_____ _____

Data **Timbro e firma del Medico curante**

LAVARSI: autonomamente • con aiuto • non è in grado •

VESTIRSI: autonomamente • con aiuto • non è in grado •

ALIMENTARSI: autonomamente • con aiuto • non è in grado •

PRESENTA INCONTINENZA URINARIA?
SI • NO • OCCASIONALMENTE •
UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI? SI • NO •
CATETERIZZATO? SI • NO •

PRESENTA INCONTINENZA FECALE?
SI • NO • OCCASIONALMENTE •

MOBILITA': AUTONOMA • CON AUSILI • CON AIUTO •

DENTATURA: PROPRIA • PROTESI • ALTRO …….

CAPACITA' SENSORIALE DI COMUNICAZIONE: •NON DISTURBI

• DISTURBI DEL LINGUGGIO: AFASIA • DISARTRIA • ALTRO •

• DISTURBI DELL'UDITO

• DISTURBI DELLA VISTA

STATO NEUROPSICHICO: VIGILE E COLLABORANTE • ORIENTATO •
DISORIENTATO • CONFUSO • DEFICIT COGNITIVO •
CAPACITA' DI COMPRENDERE E COMUNICARE INFORMAZIONI SI• NO•
DISTURBI COMPORTAMENTALI, SE SI QUALI……
……

CUTE: INTEGRA • PRESENZA DI EDEMI•
PRSENZA DEI FATTORI DI RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELL'INTEGRITA' CUTANEA • PRESENZA DI LIVIDI •
PRESENZA DI LESIONI • FERITE CHIRURGICHE • ULCERE•

ALLEGARE ULTIME VISITE SPECIALISTICHE ESEGUITE/DIMISSIONI OSPEDALIERE;
ULTIMI ESAMI DEL SANGUE ESEGUITI;
ALLEGARE DICHIARAZIONE DELL' MMG CUI DICHIARA CHE LA PAZIENTE è IDONEA ALLA COMUNITA' ALLOGGIO.
TESSERA SANITARIA;
CARTA D'IDENTITA';
ESENZIONI.